

عوامل پیش‌بینی‌کننده اقدام به خودکشی در جمعیت عمومی شهر کرج

دکتر مرضیه نجومی*، دکتر سید کاظم ملکوتی**، دکتر جعفر بوالهری***،
مرجان پشت‌مشهدی****، صفیه اصغرزاده امین*****

چکیده

هدف: بررسی حاضر با هدف تعیین الگوی پیش‌بینی‌کننده خودکشی بر پایه عوامل خطر آن در جمعیت عمومی کرج، در راستای گردآوری اطلاعات لازم برای طرح‌ریزی مداخلات پیش‌گیرانه، آموزشی و درمانی انجام شد.

روش: این بررسی از نوع مقطعی-توصیفی بود. آزمودنی‌های پژوهش ۲۳۰۰ نفر بودند که به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده از جمعیت یک میلیون و سیصد هزار نفری شهر کرج انتخاب شدند. برای گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه سرزند افکار و رفتار خودکشی به کار گرفته شد. این پرسش‌نامه دارای پرسش‌هایی در زمینه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، سابقه فردی و خانوادگی، رفتار خودکشی، روش اقدام به خودکشی، سابقه مصرف مواد روانگردان، سابقه بهره‌گیری از خدمات بهداشت روانی، سابقه وجود بیماری بدنی و روانی مزمن، و مشکلات جامعه از نظر آزمودنی‌ها بود. همه بخش‌های پرسش‌نامه به کمک مصاحبه تکمیل گردید. تحلیل داده‌ها به کمک آزمون‌های تحلیل واریانس و رگرسیون لجستیک انجام شد.

یافته‌ها: ۶۵٪ آزمودنی‌ها زن بودند. ۵۷٪ آنها متأهل بوده و بیشتر آنها (۴۸٪) تحصیلات در حد دبیرستان داشتند. ۴۶٪ آزمودنی‌ها زنان خانه‌دار بودند. میانگین سنی اقدام‌کنندگان ۲۶ سال (انحراف معیار ۹) و افراد بدون اقدام ۳۲ سال (انحراف معیار ۱۳) به دست آمد. این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار بود ($P < 0/01$). سن نوجوانی، جنس زن، سابقه بیماری روانی، مصرف دخانیات و الکل در طول عمر و بی‌کار بودن از متغیرهایی هستند که به صورت مستقل می‌توانند پیش‌بینی‌کننده اقدام به خودکشی باشند.

نتیجه‌گیری: لازم است در پژوهش‌ها و برنامه‌ریزی‌های کاهش اقدام به خودکشی به جمعیت‌های پرخطر به‌ویژه نوجوانان، زنان، افراد مبتلا به بیماری روانی و مصرف‌کنندگان دخانیات و الکل توجه ویژه شود.

کلیدواژه: خودکشی، عوامل خطر، شیوع، مدل پیش‌بینی‌کننده

* متخصص پزشکی اجتماعی، فلوشیپ اپیدمیولوژی بالینی. دانشیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی ایران. مرکز تحقیقات بهداشت روان. تهران، بزرگراه همت، تقاطع شیخ فضل‌ا... نوری، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی ایران، دانشکده پزشکی، طبقه سوم، گروه پزشکی اجتماعی. دورنگار: ۲۲۱۷-۸۸۶۰-۰۲۱ (نویسنده مسئول).

** روانپزشک، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی ایران. انستیتو روانپزشکی تهران و مرکز تحقیقات بهداشت روان.

*** روانپزشک، استاد دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی ایران. انستیتو روانپزشکی تهران و مرکز تحقیقات بهداشت روان.

**** دانشجوی دوره دکتری روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

***** کارشناس روانشناسی، دفتر همکاری‌های سازمان جهانی بهداشت در بهداشت روان.

مقدمه

بررسی‌ها نشان داده‌اند که ۱۰ تا ۱۸ درصد جمعیت عمومی فکر خودکشی و ۳ تا ۵ درصد اقدام به خودکشی در طول عمر داشته‌اند (ویسمن^۱ و همکاران، ۱۹۹۹). در جمعیت عمومی کشور آمریکا، میزان اقدام به خودکشی در یک سال از ۰/۳ تا ۴/۶ درصد و در طول عمر ۰/۷ تا ۱۰ درصد گزارش شده است (پایکل^۲، میرس^۳، میندنتال^۴ و تانر^۵، ۱۹۷۴؛ موزیک^۶ و همکاران، ۱۹۹۸؛ مدیانوس^۷، مادیانو-جفو^۸ و استفانیس^۹، ۱۹۹۳؛ کسلر^{۱۰}، بورگه^{۱۱} و والتز^{۱۲}، ۱۹۹۹؛ پیرکیس^{۱۳}، بورگر^{۱۴} و دانت^{۱۵}، ۲۰۰۰).

در بروز رفتار خودکشی عوامل چندی مؤثرند. این عوامل را برخی از پژوهشگران به عوامل دور و نزدیک طبقه‌بندی نموده‌اند (موزیک^۶ و همکاران، ۱۹۹۸). بیشتر بررسی‌های انجام شده در کشور گویای فراوانی بیشتر اقدام به خودکشی در زنان است، ولی مرگ ناشی از خودکشی در زنان و مردان بر حسب منطقه متفاوت بوده است. در یک بررسی در جیرفت ۴۳٪ اقدام‌کنندگان ۱۹ یا ۲۰ ساله بوده‌اند، و ۵۲٪ در گروه سنی ۲۰-۳۹ سال بودند (ظههور و افلاطونیان، ۱۳۸۲). در پژوهش انجام شده در استان ایلام بیشترین میزان خودکشی در سال ۱۳۷۳ تا سال ۱۳۷۷ در افراد خانه‌دار و سپس بی‌کار و از سال ۱۳۷۸ تا ۱۳۸۰ در افراد بی‌کار و سپس خانه‌دار گزارش شده است. دانش‌آموزان و افراد شاغل به ترتیب پس از آن قرار داشته‌اند. اقدام به خودکشی به ترتیب در افراد بی‌کار و پس از آن خانه‌دار، دانش‌آموز و شاغل دیده شد. افراد بی‌کار و خانه‌دار بالاترین میزان خودکشی را داشتند (جمشیدزاده، ۱۳۸۱).

بررسی‌ها، مسن یا نوجوان بودن، داشتن وضعیت اقتصادی-اجتماعی پایین، مصرف مواد، سابقه اقدام به خودکشی، زن بودن، زندگی در مناطق روستایی، و مجاز دانستن خودکشی از نظر مذهبی در برخی کشورهای رو به رشد را از عوامل خطر خودکشی دانسته‌اند. مجرد بودن یا داشتن اختلال روانی در این کشورها کمتر با اقدام مرتبط است. رویدادهای استرس‌آور اخیر و در دسترس بودن وسایل اقدام نیز در بسیاری از بررسی‌های انجام شده مهم شمرده شده‌اند (ویجی کومار^{۱۶}، جان^{۱۷}، پیرکیس^{۱۸} و وایت‌فورد^{۱۹}، ۲۰۰۵).

در کشورهای رو به رشد نیاز شدیدی به برنامه‌های ملی برای پیش‌گیری از خودکشی وجود دارد. مشخص شدن حوزه‌های اولویت در این زمینه و اقدام مناسب از جمله

گردآوری اطلاعات دقیق درباره نرخ اقدام به خودکشی ضروری به نظر می‌رسد. بررسی حاضر با هدف تعیین الگوی پیش‌بینی‌کننده خودکشی بر پایه عوامل خطر آن در جمعیت عمومی شهر کرج و گردآوری اطلاعات لازم برای طرح‌ریزی مداخلات پیش‌گیرانه، آموزشی و درمانی انجام شد.

روش

این پژوهش در شهر کرج انجام شد. از جمعیت یک میلیون و سیصد هزار نفری این شهر ۳۳/۴٪ زیر ۱۵ سال دارند (مرکز آمار ایران، ۱۳۷۵). ساکنان غیربومی این شهر بیشتر مهاجرانی هستند که طی جنگ ایران و عراق به این منطقه آمده‌اند.

برای انتخاب آزمودنی‌ها، نخست خانوارهای شهر کرج بر حسب کد فیش برق ردیف شده و به روش تصادفی ساده ۲۳۰۰ خانواده انتخاب شدند و نشانی آنها مشخص شد تا بر حسب زمان‌های تعیین شده پرسشگران برای تکمیل پرسش‌نامه‌ها مراجعه نمایند. از میان افراد ۱۵ سال به بالا در هر خانواده، به تصادف یک نفر انتخاب شد و به پرسش‌نامه‌ها پاسخ داد. در صورت عدم حضور در منزل، پلاک دست راست انتخاب می‌شد. پیش از تکمیل آنها، رضایت‌نامه کتبی از آزمودنی‌ها گرفته شد. ۱۰ نفر پرسشگر پس از فراگرفتن روش تکمیل پرسش‌نامه‌ها با برگزاری دو جلسه آموزشی نظری و یک هفته آموزش عملی، مهارت لازم برای تکمیل آنها را به دست آوردند. کار تکمیل پرسش‌نامه‌ها از ۲۲ اردیبهشت‌ماه سال ۱۳۸۴ آغاز و تا ششم مهرماه سال ۱۳۸۴ ادامه یافت.

برای گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه سرند افکار و رفتار خودکشی به کار برده شد. این پرسش‌نامه را سازمان بهداشت جهانی تهیه نموده و در بررسی SUPRE-MISS به کار گرفته است (برتولوت^{۲۰} و همکاران، ۲۰۰۵)؛ با این تفاوت که برای سهولت در تکمیل و کاهش زمان آن بر حسب تجربیات

1- Weissman
3- Myers
5- Tanner
7- Medianos
9- Stefanis
11- Borge
13- Pirkis
15- Dunt
17- John
19- Whiteford

2- Paykel
4- Lindenthal
6- Moscicki
8- Medianou-Gefou
10- Kessler
12- Walters
14- Burgges
16- Vijayakumar
18- Pirkis
20- Bertolote

خانه‌دار ۴۶٪ بودند. بیشترین درصد مربوط به گروه سنی ۲۰ تا ۲۴ سال (۲۰/۷٪) و پس از آن مربوط به گروه سنی ۱۴ تا ۱۹ سال (۱۸/۳٪) بود. ۴۰٪ آزمودنی‌ها، خود را به شعائر مذهبی بسیار متعهد ارزیابی کرده بودند و تنها ۱۳٪ آنان خود را مذهبی نمی‌دانستند.

این بررسی نشان داد که به ترتیب ۱۲/۷٪، ۶/۲٪، و ۳/۳٪ آزمودنی‌ها دارای فکر، برنامه و یا سابقه اقدام به خودکشی بوده‌اند.

۳۰٪ کل آزمودنی‌ها سابقه بیماری روانپزشکی و ۲۰٪ آنان سابقه بیماری بلندمدت بدنی داشتند. میانگین سنی اقدام‌کنندگان و افراد بدون اقدام به ترتیب ۲۶ سال (انحراف معیار ۹) و ۳۲ سال (انحراف معیار ۱۳) به‌دست آمد. این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار بود ($p < 0/01$) (جدول ۱). ارزیابی خود فرد از نظر مذهبی بودن، وضعیت تأهل، سن و وضعیت استخدامی با اقدام به خودکشی ارتباط معنی‌دار داشتند ($p < 0/05$).

هم‌چنین بین سابقه اقدام به خودکشی در والدین و اقدام به خودکشی در فرد، ارتباط معنی‌دار آماری دیده شد ($p < 0/05$). ۶/۶٪ از اقدام‌کنندگان سابقه اقدام به خودکشی در والدین را گزارش کردند و این میزان در گروه بدون اقدام تنها ۰/۳٪ بود. این بررسی سابقه اقدام در خواهر و برادر در گروه بدون اقدام و با اقدام به خودکشی را به ترتیب ۱/۴٪ و ۷/۹٪ نشان داد که تفاوت از نظر آماری معنی‌دار بود ($p < 0/05$). تحلیل واریانس بین سابقه بیماری بلندمدت بدنی و بستری در مراکز روانپزشکی (به‌عنوان شاخصی از سابقه بیماری روانی) با اقدام به خودکشی ارتباط معنی‌دار نشان داد ($p < 0/05$). ۲۰/۴٪ از افراد بدون اقدام در برابر ۳۱/۶٪ از اقدام‌کنندگان سابقه بیماری بلندمدت بدنی را گزارش کردند. سابقه بیماری بلندمدت روانی در اقدام‌کنندگان و افراد بدون سابقه اقدام به ترتیب ۷۷/۶٪ و ۳۲٪ به‌دست آمد و از نظر آماری نیز تفاوت معنی‌دار بود ($p < 0/05$).

بین وضعیت تأهل و اقدام به خودکشی در زنان ارتباطی دیده نشد، ولی در مردان بین مجرد و اقدام به خودکشی ارتباط معنی‌دار وجود داشت ($p < 0/01$). ۶۲/۵٪ از مردان اقدام‌کننده، مجرد بودند.

تحلیل دومتغیره نشان داد که مصرف الکل، تباکو و داروهای استنشاقی و آرام‌بخش در طول عمر با اقدام به خودکشی ارتباط معنی‌دار آماری دارند ($p < 0/05$) (جدول ۲).

به‌دست آمده از بررسی‌های پیشین که با این پرسش‌نامه اطلاعات گردآوری گردید، برخی از پرسش‌ها تعدیل و یا حذف گردیدند. SUPRE-MISS (برتولوت و همکاران، ۲۰۰۵) بررسی بزرگی است که در سال ۲۰۰۲ در سازمان جهانی بهداشت آغاز گردید. هدف از این طرح کاهش مرگ و میر به‌دنبال اقدام به خودکشی بود. بخشی از این طرح مداخله‌ای بزرگ مربوط به بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و رفتارهای مربوط به خودکشی در جمعیت بود. روایی صوری این پرسش‌نامه را کارشناسان سازمان جهانی بهداشت تأیید نمودند. این پرسش‌نامه در بررسی مقدماتی دیگری که در شهر کرج اجرا شد، دارای پایایی مطلوب گزارش گردید.

این پرسش‌نامه دارای پرسش‌هایی در زمینه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، سابقه فردی و خانوادگی وجود رفتار خودکشی، روش اقدام به خودکشی، سابقه مصرف مواد روانگردان، سابقه بهره‌گیری از خدمات بهداشت روانی، سابقه وجود بیماری بدنی و روانی مزمن، و مشکلات جامعه از نظر آزمودنی‌ها بود. مراد از بیماری بدنی بلندمدت بیماری بدنی یا ناتوانی بود که دست‌کم به مدت یک‌سال به درازا کشیده باشد. سابقه بیماری روانی، به‌صورت بستری به دلیل مشکلات روانپزشکی در مراکز روانپزشکی تعریف شد. همه بخش‌های پرسش‌نامه به‌کمک مصاحبه تکمیل گردید.

با توجه به این که در یک بررسی راهنما شیوع اقدام به خودکشی در جمعیت یادشده ۱/۲٪ برآورد شده بود، و با در نظر گرفتن میزان خطای ۰/۰۵، شمار آزمودنی‌ها به‌کمک فرمول برآورد حجم نمونه ۲۳۰۰ نفر محاسبه گردید.

داده‌ها به‌کمک آزمون‌های t ، χ^2 ، ANOVA، و تحلیل رگرسیون لجستیک، تحلیل گردیدند. در تحلیل رگرسیون متغیرهایی که در آنالیز دو متغیره دارای ارتباط معنی‌دار با اقدام به خودکشی بودند و برخی متغیرهای مهم که به‌نظر می‌رسید بر اساس شواهد قلبی به دلیل اثر مخدوش‌کنندگی ارتباط معنی‌دار نداشته‌اند (مانند جنس) وارد شدند.

یافته‌ها

۲۳۰۰ نفر از جمعیت شهر کرج در این بررسی شرکت نمودند که ۶۵٪ آنها زن بودند. ۵۷/۲٪ آنها متأهل بودند و شایع‌ترین میزان تحصیلات، در حد دبیرستان بود (۴۸٪). زنان

متغیرهایی هستند که به صورت مستقل می‌توانند پیش‌بینی‌کننده اقدام به خودکشی باشند. در این میان، ارتباط اقدام به خودکشی با سابقه بیماری روانی در طول عمر ($OR=6/2$)، مصرف دخانیات ($OR=3/04$) و الکل ($OR=3/8$) چشم‌گیر است.

در جدول ۳، نتایج تحلیل رگرسیون لجستیک برای به‌دست آوردن نقش مستقل متغیرهای مهم برای اقدام به خودکشی آورده شده است. همان‌گونه که جدول یادشده نشان می‌دهد سن کمتر، جنس زن، سابقه بیماری روانی، مصرف دخانیات و الکل در طول عمر، و بی‌کار بودن از

جدول ۱- توزیع فراوانی آزمودنی‌های پژوهش بر حسب جنس، سن، وضعیت تأهل، شغل، مذهبی بودن، استخدام و تحصیل در دو گروه اقدام‌کننده و غیراقدام‌کننده به خودکشی

متغیر	غیراقدام‌کنندگان (n=2224)		اقدام‌کنندگان (n=76)		χ^2	درجه آزادی	سطح معنی‌داری
	فراوانی (%)	فراوانی (%)	فراوانی (%)	فراوانی (%)			
جنس	مرد	785 (35/3)	24 (31/6)	0/445	1	N.S.	
	زن	1439 (64/7)	52 (68/4)				
گروه‌های سنی	14-19	403 (18/2)	17 (22/4)	20/26	7	0/001	
	20-24	456 (20/5)	20 (26/3)				
	25-29	348 (15/6)	20 (26/3)				
	30-34	232 (10/4)	5 (6/6)				
	35-39	190 (8/5)	5 (6/6)				
	40-44	165 (7/4)	2 (2/6)				
	45-49	124 (5/6)	6 (7/9)				
	+ 50	306 (13/8)	1 (1/3)				
وضعیت تأهل	مجرد	881 (39/6)	36 (47/4)	9/94	2	0/007	
	متاهل	1282 (57/7)	34 (44/7)				
	بیوه / مطلقه	61 (2/7)	6 (7/9)				
وضعیت شغلی	کارمند	341 (15/3)	10 (13/2)	3/83	5	N.S.	
	کارگر خدمات / کارگر ماهر	135 (6/1)	3 (3/9)				
	دانش‌آموز	417 (18/8)	14 (18/4)				
	زن خانه‌دار	975 (43/8)	30 (39/5)				
	شغل آزاد	216 (9/7)	8 (10/52)				
	سایر	32 (1/4)	2 (2/6)				
	بی‌کار	108 (4/8)	9 (11/8)				
	آیا فردی مذهبی هستید؟	285 (12/8)	19 (25)	9/85	1	0/002	
بلی	1939 (87/1)	57 (75)					
وضعیت استخدامی	شاغل	1141 (51/3)	37 (48/7)	7/39	2	0/02	
	زن خانه‌دار	975 (44/8)	30 (39/5)				
	بی‌کار	108 (4/8)	9 (11/8)				
	بی‌سواد	70 (3/2)	0 (0)	6/48	5	N.S.	
وضعیت تحصیلی	ابتدایی	244 (11)	10 (13/2)				
	راهنمایی	369 (16/6)	13 (17/1)				
	دبیرستان	1060 (47/6)	43 (56/6)				
	دانشگاه	457 (20/6)	10 (13/2)				
	بدون پاسخ	24 (1)	0 (0)				

جدول ۲- مقایسه سابقه مصرف مواد روانگردان در طول عمر در دو گروه اقدام کننده و غیراقدام کننده به خودکشی

متغیر	اقدام کنندگان (n=۲۲۲۴)	اقدام کنندگان (n=۷۶)	سطح معنی داری	χ ² *	فراوانی (%)	
					اقدام کنندگان (n=۷۶)	غیراقدام کنندگان (n=۲۲۲۴)
مصرف تنباکو در طول عمر	خیر	۱۷۳۷ (۷۸/۱)	۳۸ (۵۰)	۰/۰۰۱	۳۲/۹۵	۳۸ (۵۰)
	بلی	۴۸۷ (۲۱/۹)	۳۸ (۵۰)			
مصرف الکل در طول عمر	خیر	۲۰۲۸ (۹۱/۲)	۵۲ (۶۸/۴)	۰/۰۰۱	۴۴/۰۳	۵۲ (۶۸/۴)
	بلی	۱۹۶ (۸/۸)	۲۴ (۳۱/۶)			
مصرف حشیش در طول عمر	خیر	۲۲۱۲ (۹۹/۵)	۷۴ (۹۷/۴)	N.S.	۵/۹۷	۷۴ (۹۷/۴)
	بلی	۱۱ (۰/۵)	۲ (۲/۶)			
مصرف محرک‌ها در طول عمر	خیر	۲۲۱۶ (۹۹/۷)	۷۵ (۹۸/۷)	N.S.	۲/۶۵	۷۵ (۹۸/۷)
	بلی	۶ (۰/۳)	۱ (۱/۳)			
مصرف مواد استنشاقی در طول عمر	خیر	۲۱۹۳ (۹۸/۷)	۷۲ (۹۴/۷)	۰/۰۲	۸/۱۳	۷۲ (۹۴/۷)
	بلی	۲۹ (۱/۳)	۴ (۵/۳)			
مصرف داروی آرام‌بخش در طول عمر	خیر	۱۹۰۵ (۸۵/۷)	۴۱ (۵۳/۹)	۰/۰۰۱	۵۶/۷۴	۴۱ (۵۳/۹)
	بلی	۳۱۹ (۱۴/۳)	۳۵ (۴۶/۱)			
مصرف توهم‌زاها در طول عمر	خیر	۲۲۱۴ (۹۹/۹)	۷۵ (۹۸/۷)	N.S.	۵/۸۸	۷۵ (۹۸/۷)
	بلی	۳ (۰/۱)	۱ (۱/۳)			
مصرف مواد مخدر در طول عمر	خیر	۱۴۱۸ (۶۳/۸)	۴۶ (۶۰/۵)	N.S.	۰/۳۳۸	۴۶ (۶۰/۵)
	بلی	۸۰۵ (۳۶/۲)	۳۰ (۳۹/۵)			
مصرف سایر مواد در طول عمر	خیر	۲۱۷۳ (۹۸)	۷۲ (۹۴/۷)	N.S.	۳/۶۸	۷۲ (۹۴/۷)
	بلی	۴۵ (۲)	۴ (۵/۳)			

* df=۱

جدول ۳- نتایج تحلیل رگرسیون لجستیک متغیرهای مستقل پیش‌بینی کننده اقدام به خودکشی

متغیر	B	S.E.	Wald****	سطح معنی داری	Exp (B)
جنس (زن)	۱/۰۸۸	۰/۳۷۷	۸/۳۲۸	۰/۰۰۴	۲/۹۷۰
سن (سال)	۰/۰۶۳	۰/۰۱۶	۱۵/۳۲۴	۰/۰۰۱	۰/۹۳۹
سال‌های تحصیل	۰/۰۷۳	۰/۰۴۱	۳/۱۷۹	N.S.	۰/۹۳۰
مذهبی بودن	۰/۲۹۷	۰/۳۳۱	۰/۸۰۵	N.S.	۰/۷۴۳
بیماری جسمی*	۰/۵۵۵	۰/۲۹۲	۳/۶۱۹	N.S.	۱/۷۴۲
بیماری روانی*	۱/۸۲۵	۰/۲۹۶	۳۸/۰۴۴	۰/۰۰۱	۶/۲۰۴
مصرف دخانیات	۱/۱۱۳	۰/۳۰۶	۱۳/۲۷۲	۰/۰۰۱	۳/۰۴۳
مصرف الکل	۱/۳۳۶	۰/۳۷۶	۱۲/۶۰۴	۰/۰۰۱	۳/۸۰۲
مجرد**	۰/۸۵۱	۰/۵۴۶	۲/۴۲۹	N.S.	۲/۳۴۳
بیوه یا جداشده**	-۰/۴۳۴	۰/۳۶۳	۱/۴۲۹	N.S.	۰/۶۴۸
بی‌کار***	۰/۹۳۱	۰/۴۳۷	۴/۵۴۴	۰/۰۳	۲/۵۳۸
خانه‌دار***	-۰/۰۴۱	۰/۳۶۱	۰/۰۱۳	N.S.	۰/۹۵۹
Constant	-۸/۵۷۱	۱/۵۰۷	۳۲/۳۲۴	۰/۰۰۱	۰/۰۰۰

* در طول عمر؛ ** متأهل به عنوان رفرانس در نظر گرفته شده است؛ *** شاغل به عنوان رفرانس در نظر گرفته شده است؛ **** df=۱

بحث

این بررسی نشان داد که ۱۲/۷٪، ۶/۲٪، و ۳/۳٪ آزمودنی‌ها به ترتیب دارای فکر و برنامه و یا سابقه اقدام به خودکشی بوده‌اند. فکر خودکشی در طول عمر در دانش‌آموزان نسبت به جمعیت عمومی بالاتر بوده است. این میزان در دانش‌آموزان دختر و پسر به ترتیب به ۱۸ و ۱۱ درصد و به‌طور کلی در دانش‌آموزان دبیرستانی ۱۵/۴ درصد گزارش گردیده است (کان^۱ و همکاران، ۲۰۰۰). در بررسی حاضر ۲۲/۴٪ از اقدام‌کنندگان در دامنه سنی ۱۹-۱۴ سال بودند.

یافته‌ها نشان دادند که جنس رابطه معنی‌داری با اقدام به خودکشی دارد و دیده شد که جنس زن می‌تواند به‌عنوان عامل خطر در نظر گرفته شود (نتایج آزمون چندمتغیره). این یافته با یافته‌های سایر بررسی‌ها هم‌سوئی دارد (جمشیدزاده، ۱۳۸۱؛ ویجی کومار^۲ و همکاران، ۲۰۰۵) که زن بودن را دو تا چهار برابر به‌عنوان عامل خطر گزارش کرده‌اند.

در این بررسی رابطه معنی‌دار میان سن و اقدام به خودکشی دیده شد. میانگین سنی اقدام‌کنندگان (۲۷ سال)، پنج سال کمتر از میانگین سنی غیراقدام‌کنندگان بوده و این تفاوت معنی‌دار بود. این یافته با یافته‌های بررسی انجام شده در جیرفت (ظهور و افلاطونیان، ۱۳۸۲) و کرمان (یاسمی و همکاران، ۱۳۸۱) که این نسبت را ۱/۵ تا ۲ برابر نشان داده بودند، هم‌خوانی دارد.

از نظر تأهل نیز وضعیت مشابهی با دیگر پژوهش‌های انجام شده در ایران (یاسمی و همکاران، ۱۳۸۱؛ یاسمی، صانعی، ملک‌پور، هنرمند و میرشکار، ۱۳۷۷) نشان داده شد. بین وضعیت تأهل و اقدام به خودکشی در زنان ارتباط معنی‌داری دیده نشد، ولی یافته‌ها نشان دادند که مردان مجرد بیشتر از زنان مجرد اقدام به خودکشی می‌کنند.

گرچه برخی بررسی‌ها خطر خودکشی در افراد بی‌کار، زنان خانه‌دار و دانش‌آموزان را بیشتر نشان داده‌اند (جمشیدزاده، ۱۳۸۱؛ حیدری، ۱۳۷۶؛ محمدی، داویدیان و نوربالا، ۱۳۸۰)، یافته‌های این پژوهش تنها بیانگر ارتباط معنی‌دار بین نداشتن شغل و اقدام به خودکشی بود.

از نظر تحصیلی بی‌سوادی از عوامل خطر به‌شمار می‌رود (جمشیدزاده، ۱۳۸۱؛ حیدری، ۱۳۷۶)، اما در بررسی حاضر میزان اقدام در افراد با تحصیلات متوسطه بیشتر از سایر گروه‌های تحصیلی بود؛ گرچه تفاوت از نظر آماری معنی‌دار

نبود. این تفاوت ممکن است مربوط به سطح تحصیلات جمعیت آن منطقه و یا یک یافته تصادفی باشد.

این بررسی نشان داد که ۳۰٪ کل آزمودنی‌ها دارای سابقه بیماری روانپزشکی و ۲۰٪ آنان دارای سابقه بیماری بلندمدت بدنی هستند. این یافته با یافته‌های همه‌گیرشناسی انجام شده در ایران هم‌خوانی دارد. بررسی‌های همه‌گیرشناسی نشان داده‌اند، ۲۰ تا ۲۵ درصد افراد بالاتر از ۱۵ سال در ایران دچار یکی از اختلال‌های روانپزشکی هستند (موسوی، شاه‌محمدی و کفاشی، ۱۳۷۹). در همان بررسی ۱۵٪ کل آزمودنی‌ها سابقه مراجعه به خدمات بهداشت روانی را گزارش کرده‌اند که تقریباً دربرگیرنده نیمی از کسانی است که سابقه بیماری روانی خود را یادآور شده‌اند. در این بررسی بیش از دو سوم افراد با سابقه اقدام به خودکشی دارای سابقه بیماری روانی بلندمدت بودند.

یک بررسی نشان داد که ۸۸٪ کسانی که دارای فکر خودکشی بوده‌اند دارای دست‌کم یک تشخیص روانپزشکی بر پایه چهارمین تجدیدنظر راهنمای تشخیصی و آماری بیماری‌های روانی^۳ (DSM-IV) (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۹۴) بوده و از میان آنان، ۲۳٪ دچار افسردگی بودند (آگوب^۴، موسایی^۵ و کادری^۶، ۲۰۰۶). در بررسی‌های انجام شده در ایران از جمله در ایلام نزدیک به ۷۰٪ اقدام‌کنندگان مبتلا به اختلال‌های روانی گزارش شده‌اند (محمدیان، ۱۳۷۸). بررسی انجام شده در ساوجبلاغ نیز نشان داد که پس از مشکلات خانوادگی، ابتلا به بیماری روانی دومین علت اصلی اقدام به خودکشی بوده است (بوالهروی، حاجیان‌مطلق، اسدی و حسن‌زاده، ۱۳۸۱). مشکلات خانوادگی را ۷۰٪ و بیماری روانی در ۱۰٪ اقدام‌کنندگان گزارش گردید. در بررسی یادشده، روش‌های معتبر برای تشخیص بیماری روانی به کار نرفته بود.

به‌طور کلی در این بررسی سن نوجوانی، جنس زن، سابقه بیماری روانی در طول عمر، مصرف دخانیات، مصرف الکل و بی‌کاری را به‌عنوان عوامل خطر برای اقدام به خودکشی نشان داده شد که می‌تواند نشان‌دهنده ضرورت توجه مطالعات و تدابیر پیش‌گیرانه در این جهت باشد.

1- Kann
2- Vijayakumar
3- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th. ed.)
4- Agoub
5- Moussaoui
6- Kadri

خودکشی در مناطق روستایی. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال پنجم، شماره ۳، ۱۰-۴. یاسمی، محمدتقی؛ صانعی، نسرین؛ ملک‌پور افشار، رضا؛ هنرمند، علیرضا؛ میرشکار، رضا (۱۳۷۷). بررسی همه‌گیرشناسی اقدام به خودکشی در شهر کرمان. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال سوم، شماره ۴، ۲۷-۱۵. یاسمی، محمدتقی؛ صباحی، عبدالرضا؛ میرهاشمی، سیدمجتبی؛ سیفی، شراره؛ آذرکیوان، پرنوش؛ طاهری، محمدحسین (۱۳۸۱). همه‌گیرشناسی خودکشی از طریق پزشکی قانونی در استان کرمان. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال هفتم، شماره ۴، ۱۲-۴.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington, DC: APA.

Agoub, M., Moussaoui, D., & Kadri, N. (2006). Assessment of suicidality in a Moroccan metropolitan area. *Journal of Affective Disorders*, 90, 223-226.

Bertolote, J. M., Fleishmann, A., Leo, D. D., Bolhari, J., Botega, N., De Silva, D., Tran Thi Thanah, H., Phillips, M., Schlebusch, L., Vamik, A., Vijiyakumar, L., & Wassemann, D. (2005). Suicide attempts, plans, and ideation in culturally diverse sites. *Psychological Medicine*, 35, 1457-1465.

Kessler, R. C., Borge, G., & Walters, E. E. (1999). Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 56, 617-626.

Kann, L., Kinchen, S. A., Williams, B. I., Ross, J. G., Lowry, R., Grunbaum, J. A., & Klobe, L. J. (2000). State and Local YRBSS Coordinators. Youth risk behavior surveillance. *Journal of School Health*, 70, 271-285.

Medianos, M. G., Madianou-Gefou, D., & Stefanis, C. N. (1993). Changes in suicidal behavior among nation-wide general population samples across Greece. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 234, 171-178.

Moscicki, E. K., OCarroll, P., Rae, D. S., Locke, B. Z., Roy, A., & Reiger, D. A. (1998). Suicide attempts in the epidemiologic, catchments area study. *Yale Journal of Biological Medicine*, 61, 259-268.

Paykel, E. S., Myers, J. K., Lindenthal, J. J., & Tanner, J. (1974). Suicidal feeling in the general population: A prevalence study. *British Journal of Psychiatry*, 124, 460-469.

Pirkis, J., Burgess, P., & Dunt, D. (2000). Suicidal ideation and suicide attempts among Australian adults. *Crisis*, 21, 16-25.

از محدودیت‌های این پژوهش، نسبت بیشتر زنان شرکت‌کننده در بررسی بود که به نظر می‌رسد به دلیل پرکردن بیشتر پرسش‌نامه‌ها در هنگام صبح بوده باشد، هر چند تلاش زیادی شده بود که هنگام عصر نیز پرسش‌نامه‌ها پر شوند. به هر روی همکاری بیشتر زنان نیز برای شرکت در بررسی از دلایل دیگر این یافته می‌باشد. از محدودیت‌های دیگر این بررسی اندازه‌گیری اقدام به خودکشی به صورت طول عمر بود ولی ارتباط آن با برخی متغیرها در هنگام انجام بررسی نیز ارزیابی شد. در مورد مذهبی بودن نیز تنها به گزارش خود فرد اکتفا شد.

سپاسگزاری

بدین وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایران، انستیتو روانپزشکی تهران و مرکز تحقیقات علوم پزشکی کشور که در تصویب و اجرای این طرح همکاری نمودند، سپاسگزاری می‌شود.

دریافت مقاله: ۱۳۸۵/۷/۲؛ دریافت نسخه نهایی: ۱۳۸۵/۱۰/۲۴؛

پذیرش مقاله: ۱۳۸۵/۱۰/۲۵

منابع

- بوالهروی، جعفر؛ حاجیان‌مطلق، ناصر؛ اسدی، علی؛ حسن‌زاده، سیدمهدی (۱۳۸۱). گزارش پایانی طرح بررسی میزان شیوع اقدام به خودکشی و خودکشی در شهرستان ساوجبلاغ. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران.
- جمشیدزاده، فرخ‌لقا (۱۳۸۱). بررسی روند تغییرات برخی ویژگی‌های موارد خودکشی و اقدام به خودکشی در استان ایلام طی سال‌های ۸۰-۱۳۷۳. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- حیدری، صنوبر (۱۳۷۶). بررسی خودکشی در ایران. پایان‌نامه دکترای پزشکی. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران.
- ظهور، علیرضا؛ افلاطونیان، محمدرضا (۱۳۸۲). فراوانی اقدام به خودکشی در مراجعه‌کنندگان به بخش اورژانس شهر جیرفت در سال ۱۳۸۰. *مجله دانشگاه علوم پزشکی ایران*، سال دهم، شماره ۳، ۹۱۹-۹۱۳.
- محمدیان، فتح‌اله (۱۳۷۸). بررسی رابطه بین ویژگی‌های شخصیتی، استرس و شیوه‌های مقابله با خودکشی در افراد اقدام‌کننده به خودکشی در شهر ایلام. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. انستیتو روانپزشکی تهران.
- محمدی، محمدرضا؛ داویدیان، هاراتون؛ نوربالا، احمد علی (۱۳۸۲). همه‌گیرشناسی اختلالات روانپزشکی در ایران در سال ۱۳۸۰. *مجله حکیم*، سال ششم، شماره ۱، ۵۵-۶۴.
- مرکز آمار ایران (۱۳۷۵). *سرشماری عمومی نفوس و مسکن*. تهران: مرکز آمار ایران.
- موسوی، فاطمه؛ شاه‌محمدی، داود؛ کفاشی، احمد (۱۳۷۹). بررسی همه‌گیرشناسی

Vijayakumar, L., John, S., Pirkis, J., & Whiteford, H. (2005). Suicide in developing countries (2): Risk factors. *Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 26, 112-119.

Weissman, M. M., Bland, R. C., Canino, G. J., Greenwald, S., Hwu, H. G., Joice, P. R., Karam, E. G., Lee, C. K.,

Lellouch, J., Lepine, J. P., Newman, S. C., Rubio-Stipec, M., Wells, J. E., Wickramaratne, P. J., Wittchen, H. U., & Yeh, E. K. (1999). Prevalence of suicide ideation and suicide attempts in nine countries. *Psychological Medicine*, 29, 9-17.